

「健康」は「ウェルネス」か？  
—健康概念の全体的な枠組みに関する考察—

「生命倫理」通巻 9 巻（1998）平成 10 年 9 月 7 日発行

森下 直貴（浜松医科大学・倫理学）

キーワード 健康／ウェルビーイング／ウェルネス／病気／生／規準

「君は生物医学的な病気の観念を攻撃するけど、健康とは、病気とは、  
という定義となると、代わりのものは見つけていないと思うよ。」  
「同感だね。ぼくは、椅子が意味するものだって定義できないんだ（1）。」

## 1. はじめに一問題としての生命倫理のパラダイム

「生命倫理」をめぐる理論的な営為は表面的には隆盛しているようにみえて、しかし実質的には低迷しているように私には感じられる。低迷の理由と考えられるのは、社会的な合意の進め方をめぐる考察（2）のほかに、なにかんづく基礎（パラダイム）をめぐる考察が決定的に不足していることである。とすれば、哲学サイドからのこれまでの関与のしかたに大きな弱点があったことにならないだろうか。弱点と考えられることがらを二点だけ指摘しよう。

第一に、北米流のバイオエシックスの表面的な受容か反発に止まり、概念の哲学的な分析にまで進んでいない。一方では、バイオエシックスの枠組み・用語（四原則、インフォームド・コンセント、QOL）をそのまま受け売りしている。その結果、法律的な権利の発想を引きずるとともに、概念的な未整理状態をそのまま反映しつつその一面だけを勝手に強調し、しかもそのことに無頓着であることにもなる。他方では、バイオエシックスをよくいえば思想、実質的にはイデオロギーとしてうけとり、観念レベルでの批判に終始して哲学者としての興味を自己満足させ、何らかの仕事をした気になっている。その一例が P. シンガーのとりあげ方である。学ぶ点がないのであれば最初から相手にしなければいいし、反面教師にしたいのであればそれなりの取り扱い方があるはずであろう。

第二に、生命倫理を現代文化の広がりや動向の中でとらえるという姿勢に乏しい。1980 年代以降、商品化と技術化を両輪とする「現代化」が進行するにつれて、人々を律してき

た従来の慣習が解体しつつあり、「瞬間的な確かさ」だけを頼りに生きる人々が登場してきている。この揺らぎつつある現実を鋭敏に認識するならば、しばしばみられる次のような傾向に止まるわけにはいかないはずである。たとえば、医療者が権威を振り回すことを批判する反面、患者とその家族の健康願望・要求に物わかりよく応えることをよしとし、そこに何の問題も感じない傾向。グローバルな現代化の中で日本対欧米という明治以来の構図を強調することが時代錯誤になりつつあるのに、相も変わらず日本対北米という文化対立のみにこだわる傾向。存在の意味を求める人々の関心に応えるべく倫理と宗教の成り立つ原点もしくは根源にまで立ち戻ることなく、意味の探求を独断論として拒絶したり、逆に、既成の仏教やキリスト教をもちだせば事足りると考えたりする傾向、等々。

生命倫理の理論的な営為において、医療の現場の中から医療という営みの根拠に立ち返って生命倫理のパラダイムを問い、これを考察する哲学的な試みが決定的に弱いとするならば、この弱点を克服するような仕事が早急に要請されるだろう(3)。生命倫理のパラダイムと言ってもそこにはいろいろな要素が含まれるが、その中心にあるのは基礎概念としての「健康」である。なぜなら、医療の最終目標は病気を治療することをおして健康を保つことだからであり、健康管理、公衆衛生、環境倫理、健康科学でも健康概念が目標であり規準となっているからである(「病気」もまた重要な基礎概念ではあるとはいえ、臨床現場の経験ではともかく、概念としては健康の方が先行する)。これら生命倫理を構成する多様な学問が相互の結びつきを欠き、雑多であるような印象を与えているのは、健康概念の全体的な枠組みが無いからではなかろうか。健康の概念が曖昧であるかぎり、医療も、健康科学も、環境倫理もはっきりせず、したがって生命倫理のはっきりとした輪郭を描けないことになる(さらに細かくいえば、QOL の概念と評価も、インフォームド・コンセントも、倫理原則も、である)。この小論で目指しているのは健康概念の全体的な枠組みを素描することにほかならない。

## 2. メディシンとヘルスケア—問題としての健康概念

欧米の学会でも雑誌や著書でもヘルスケア health care という言葉が頻繁に登場する。ある場合にはヘルスケアがメディカルケア medical care と同じ意味であったり、ある場合には並んでいたりする。この言葉をどう訳すかは私にとって常々困惑の種であった(ケアという言葉にはもっと困らされる)が、よくよく考えてみれば、困惑の元はそもそもメディシンの概念が揺らいでいることにあるのではないか。以下では、メディシン概念の再定義とヘルスケアとの関連づけをめぐる問題が健康概念の考え方に掛かっていることを示

したい。

周知のように、メディスン medicine の語源 medics は癒しの技 art of healing を意味する。heal は health と同じく whole つまりある種の完全無欠さ・十全さに由来するから、healing とは元の完全な状態へ復帰させることである (OED)。したがって、メディスンの目標とはこの完全な状態としての健康の回復であり、これをめざして病気を治すのがキュア cure である (ちなみに、cure の語源は care と同じであり、派生的に medical care を意味するようになった)。以上を考慮すると、メディスンを構成するのは、目標 (健康の回復)、ケア (これを支えるものとして、説明体系としての理論、技術、対人的な実践がある)、担い手としての職業的専門家、の三つの要素ということになる。クロード・ベルナールらによって確立された近代医学の場合には、生物医学的な biomedical 理論・技術・実践を前提にして、これを身につけた医師 (内科医、外科医、精神科医) による、biomedical care を通した、健康の回復という形態になるといえよう (4)。しかし今日、近代以来支配的であったバイオメディスンに対して、これではあまりに狭すぎて何らかの拡張もしくは超越が必要だという認識が広まっている (5)。ここにヘルスケアという名称が登場する理由の一つがある。こうした主張を次の四つの方向で整理してみよう。

(1) 第一はバイオメディカルケアの延長線上にある。これには、(a)慢性病へのケアや予防医学 preventive care と、(b)今までに前例のない対応をもとめられるような、terminal or palliative care、experimental medical care (臓器移植、遺伝子治療など)、abnormally medical care (不妊治療、中絶、性転換ほか) などがある。担い手としては医師以外に各種の医療技術者が含まれる。

(2) 第二はバイオメディカルケアの生物主義的な狭さをこえる方向である。これには、(c)nursing care、rehabilitative care、psychological care とともに、(d) health-related (medical) social work も入る。担い手としては、ナース、理学療法士ほか、臨床心理療法士、ソーシャルワーカーなどである。ここまでがヘルスケアという言葉の外延にはいる。

(3) 第三は個々の患者をこえて集団を扱う社会医学の方向である。これはヘルスケアに対してヘルスプロモーション promotion といわれ、(e)健康教育 (健康管理)、(f)法的な保健 (public protection、公衆衛生)、(g)環境改善政策 (環境倫理) が含まれる。保健関係者や公衆衛生学者や環境政策担当者が担い手となる。ヘルスケアとヘルスプロモーションの両方をあわせてヘルスエンハンスメント enhancement と表現されることがある (6)。

(4) 第四はバイオメディスンとしての近代医学そのものをこえる方向である。ヨーロッパの古い医学、道教・漢方医学などの中国医学、インド医学そのほかや、民間療法への関心が高まっている。魂のヒーリングを求める声も少なくない。これに応えるべくホーリス

ティック holistic or comprehensive 医療も宣言されて久しい。ここでの担い手は全人的な医療者、伝統的・民間療法師、宗教家である。

以上の四方向の主張で問われているのは、(1)バイオメディシンとしての医学の定義を堅持した上でヘルスケアと並列させるのか、(2)メディシンの定義を拡張してヘルスケアに合体させるのか、(3)ヘルスプロモーションまで含めてメディシンを定義し直すのか、(4)メディシンの原義と伝統に立ち返り、幸福や魂のヒーリングまで含めて定義するのか、といった選択肢である。しかし、これらの定義の違いは根本的には目標としての健康概念の違いにほかならない。いずれの定義を選ぶにせよ、メディシンの定義は健康概念をどう把握するか、すなわち、生物医学的な概念に健康を押し止めるのか、それとも、それをこえた何らかの全体的な概念を設定するのか、その場合、その拡張はどこまで到るのか、そもそも医療がめざすべき健康という元の「完全な」状態とは何か、への答えに依存しているからである。

私の性急な断定に対して、健康概念に関してはすでに WHO の定義に尽くされているか、少なくとも大筋は示されていると反論する人がいるかも知れない。WHO の定義では積極的な健康観が提示されているが、それは今日でもいわば魔術的な力を保持しており、公理のごとき地位を占めているようにも見える。しかし、はたしてそれが依拠するに足る概念であるかどうかを次に検討してみたい。

### 3. WHO の健康の定義は公理か？

健康に関しては「健康とは病気ではないことだ」という通俗的な言い回しがある。この後に続けて「病気とは健康ではないことだ」となるとたんなる循環論のようにみえるが、しかし、そこには人類のある種の普遍的な経験にもとづく観念が反響していると解釈することができる。その観念は病気が健康とは異質なものだという直観から成り立ち、両者の関係を戦い—外部の敵との戦いと内部の諸要素の戦い—のイメージでとらえるものである（7）。こうした異質なものの対立という観念は近代実験医学の確立者の一人、クロード・ベルナールによって本質的に否定され、両者は正常と異常という程度の違いに解消されたとはいえ（8）、今日においても根深く生き続けているのである。

通俗的な健康観に抗して WHO の定義では健康が積極的に設定されている。すなわち「健康とはたんに疾患 disease や虚弱 infirmity ではないということではなく、身体においても心理にも社会関係においても完全に complete ウェルな状態にある well-being（うまく行っている）ことである。」この健康観がいかなる時代的・思想的な背景から出てきたかに

関しては今後の研究に待ちたいが、それがどうであれ、ほとんどの教科書や専門書ではこの定義が公理であるかのごとく前提にされており、定義の抽象性への苦言や批判もこの定義の基本線にそった洗練化を促すものでしかない（9）。

もちろん、この定義の根幹にかかわる問題点の指摘がないわけではない。たとえば、『生命倫理百科事典』の「病気と健康」の項では、政治的背景、権利としてのとらえ方、健康の否定的な意味づけに対して疑問が投げかけられている（10）。ここでは二つの重要な問題点を取りあげて検討し、そこに含まれる偏りと曖昧さを浮き上がらせてみたい。一つは否定的な位置にある病気の本質について、もう一つは積極的な位置にあるウェルビーイングの本質についてである。

### 3.1 病気をめぐって

WHO の定義では病気が disease として規定されている。しかし、病気の本質をめぐる 70 年代以降の論争史をたどるならば（11）、この規定はあまりに素朴で単純なものといえる。論争で問われたのは、ディズィーズ disease とイルネス illness（生物医学的な疾患と主観的な病い）のうち、どちらが病気の中心を占めるのか、両者はどのように関係するのかということであった。具体的には次のような論点を指摘することができる。

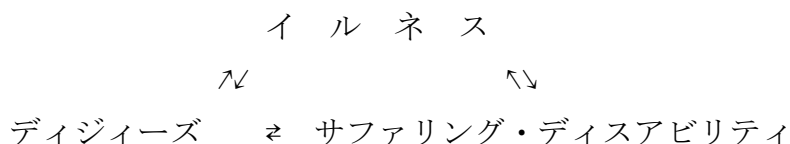
(1) ディズィーズに関しては、それは実体であるか、それとも症状群の名前にすぎないのか。実体とする場合、生物個体内部の特定の単位か、相互連関的な全体の変調か、生物個体外部の存在か、あるいは、環境と生物個体との関係存在か。ディズィーズは客観的に記述できるのか、それとも主観的に評価されるのか。異常・不全であるかぎり何らかの正常さの規準を必要とするのではないか。その場合、規準がもとづくのは目的論か、何らかの客観的な規範か、集団的な統計にすぎないのか、社会的な規範か、主観的な規範か。その原因が多次元であるとしても、その中心にあるのは生理的な次元であるか。などなど。

(2) イルネスについては、痛みや吐き気・だるさ・悪寒・衰弱などの不調感だけがそこに含まれるのか、それとも、さまざまな次元の不安や心配や悩みなどの苦しみ（サファリング suffering）まで含まれるのか。この場合、原因は多次元的なものとなる。さらに、衰弱や体力低下や寝たきりなどに伴う動作のディスアビリティ disability も含まれるのか。これらの内のいずれがイルネスの核心であるか。

(3) 両者の関係については、ディズィーズがイルネスの原因であるのか（disease のほかに injury、defect、impairment があって、これらの総称としてマラディ malady という言葉が用いられることもあるから、マラディがイルネスの原因であるのか）。ディズィーズを原因としてもつイルネスでなければ病気とはいえないのか。イルネスとして現れな

いディズィーズも病気といえるのか。ここでの因果性は一方的か、相互的か、そもそも因果的決定という把握は妥当なものといえるのか。

私見では、病気とは一つの複合的な相互連関であって、イルネスを中心にして、一方ではディズィーズが、他方ではサファリングおよびディスアビリティが関連し合っている。ディズィーズは一定の環境における生物個体の内部的な相互連関の変調であり、これが全体的に表現されたものがイルネスである。イルネスはサファリングおよびディスアビリティの主要な源泉であるが、逆に、サファリングが個体内部の変調を引き起こすことを通じてイルネスをもたらすこともある。そうした相互的な連関を背後にもつイルネスに陥れば、サファリングとディスアビリティが生じて、日常の生活を過ごすための心理的・身体的な準備態勢が整わないことになるろう。



### 3.2 ウェルビーイングをめぐる

WHO の定義では健康はウェルビーイング well-being と規定されている。しかし、ウェルビーイングという観念はきわめて曖昧である。「完全な」ウェルビーイングとはどういう状態であろうか。「幸福」とどこが異なるのか。「身体的」「心理的」「社会的」という限定にはどれだけの根拠があるのか。逆に、ウェルビーイングが「完全でない」とは何を意味するのか。この定義ではイルネスのないウェルネス wellness だけの世界が想定されているように見えるが、これは現実的であろうか。ここでは概念の輪郭をはっきりさせておこう。

(1) 語源的に言えば、well とは泉や井戸から水が溢れ出ている様子、つまり充溢・満水状態を指す。また、will 意欲も well と同義であって、心が欲求で満杯になり行動へとほとばしり出る状態を意味している (OED)。以上から解釈すれば、ウェルビーイングとは充実し、満ち足り、うまく行っている well-fare 等々の、人の全体的な状態のことである。

(2) ウェルな状態には充実し満足した等々の感情 well- or happy-feeling がともなう。この感情が生じているかぎり、そこにはウェルな状態がある。また、ウェルな状態は、活動それ自体において・目標の成就によって・外部の偶然によってのいずれであれ、これらの働き合いのいずれかもしくは複数によって生じるだろう。これらの働き合いがウェルな状態をもたらすには、それに適した環境条件の支えがなくてはならない。したがって、ウェルな状態とは「一定の環境の中で、活動そのほかの働き合いを通してもたらされる、充実した等々の感情をとともなう、人の充実した等々の全体的な状態」である。

(3) 必ずしもあらゆる働き合いがウェルな状態をもたらすものではないし、すべての働き合いがウェルな状態を目指すわけでもない。しかし、個々の働き合いによってもたらされ目指されたウェルでない状態も、視点を変えたり人生全体を考慮して意味づけ直したりことによって、ある意味ではウェルな状態に変わることがある。ここに「幸福」概念の複雑さがある。とすれば、ウェルネスという言葉で示される状態には何らかのレベルの違いを考慮しなければならないことになるだろう。

(4) ウェルな状態であるかぎり、何をもってウェルネスとするかの規準・規範 norm があるはずである。満水状態とは満水の規準線にまで達している状態であるというように。語源的に norm は定規を意味しており、これに準拠することで正常 normal／異常 abnormal の区別が出現する。もともと完全さ・十全さを意味した「健康」もある種のウェルネスの規準といえるだろう。「健康」が規準であることによって、これに達した状態がウェルネスに、達していない状態がイルネスになる。

(5) 規準をめぐって認識論的な問いとともに、存在論的な問いが生じる。そもそも私たちは規準をいかにして知りうるか。さしあたり、個々のウェルな状態を通してであり、さらに個々のウェルな状態はウェルな感情をとおして（実際には、両者の往復運動・対応づけを通じて）であろう。それらが集計され統計的な処理をうけると、個人や集団や国民の「標準 standard」が得られる。しかし、問題は標準の存在論的な身分である。ウェルネスの規準はたんなる統計的な存在であろうか。それとも、標準やその基になった個々のウェルな状態の背後には何らかの客観的な規準が想定されるのでであろうか。あるいは、個々のウェルな感情そのものは主観的なものにすぎないから、標準も主観的な好み・美的センスの寄せ集めや傾向にほかならないのか。むしろ、そこには何らかの支配的なイデオロギーをみるべきか。

#### 4. 健康のウェルフェア理論は大いなる前進か？

「病気」と「ウェルビーイング」をめぐるこれまでの問題提起をとおして、WHO の健康の定義がいかに曖昧であるかを指摘してきた。とくにウェルネスの構造的な把握のない点が問題とされよう。近年、この構造に関して L. ノルデンフェルトは精緻な概念分析を試み、主観主義 subjectivist の方向で健康のウェルフェア理論を打ち立てた（12）。他にも理論が提出されている中で、彼の理論はヨーロッパの医学哲学会を舞台に論議をリードする位置にある（13）。そこで、このウェルフェア理論における健康概念の枠組みの妥当性を検討したい（14）。

#### 4.1 理論の概観

ノルデンフェルトは、健康とは病気ではないという概念上の循環から逃れるために、健康を病気に対して、かつまた、全体としての個人（全体論）を有機体の部分（分析論）に対して優先させたうえで、「全体としての個人の健康」を「行為 action」の視点から次のように定義する。「人が健康であるとは、標準的な環境の中で、結果として『幸福 happiness』をもたらすような『目標 goals』の達成にいたる『遂行能力 ability』をもっていることである。」

この定義において、(a)「遂行能力」とは、環境が整える「機会 opportunity」から区別されるだけでなく、たんに保有されているだけの「力量 competence」でもない。それは特定の活動の遂行そのものであり、場合によってはその遂行の訓練を受けることができるという遂行（二次的な遂行能力）である。

つぎに、(b)「目標」とは、たんに生物としての人類に普遍的な要求 needs でもないし、たんに個々人が主観的に立てるあらゆる目標でもない。それは「最重要な vital」なものでなければならず、ここには人類共通の必要 necessities を別にすれば、おもに個々人が自分の人生を視野に収めて長期的に設定する目標のヒエラルヒーが含まれる。

さらに、(c)「幸福」とは「目標」の達成について個々人がもつ志向的な感情 emotion であって、生物一般におけるウェルフェアの特殊人類的なかたちである。結果としてともなうこの感情の有無によって何が「目標」であるかが示される。ただし、「最重要な目標」と結びつくのは「幸福」の「最小限 minimal」でよい。こうした点がウェルフェア理論と形容される理由である。

最後に、(d)「最重要な目標」に関して具体的な指標をもうけて尺度づけることは実際には難しい。このためには、本人の目標のヒエラルヒーに準拠する合理的な規準や第三者との間の共通規準のほかに、社会全体の共通規準を設定しなければならないが、この最後の規準を形成するのは政治の課題である。

なお、「健康」すなわち「遂行能力」はさまざまな要因によって阻害・減退されて「遂行不能 disability」に陥る。これらの阻害・減退する compromising 要因には、老いや妊娠や悲嘆などのほかに、disease、injury、impairment、defect を含む総称としての傷病 malady がある。重大なマラディは人類普遍的であり、個人の主観的な目標や文化の違いによる影響を受けない。したがって「病気」の認識は生物医学的な見地に立つブルースとほぼ同じであるとみてよい。



## 4.2 理論の評価

以上にその概略を示した健康のウェルフェア理論の評価に移ろう。この理論はたしかに哲学的に洗練されており、(イルネスとは違って客観化しやすい)「遂行能力／遂行不能」の構造を展開するかたちで、[疾患⇔遂行能力＝目標⇔幸福]という全体的な枠組みを提示している。この枠組みは、健康と病気をめぐる1970年代以降の論争の亀裂、すなわち、客観的な記述 対 主観的な規範という対立をある意味で克服しているといえる。しかし、個々人の「幸福」を起点とする主観主義的な方向づけ([疾患⇔遂行能力＝最重要な目標⇔幸福])には以下の四つの問題点が指摘できる。

(1) 主観主義的に限定された「遂行不能／二次的な遂行不能」は、障害・減退させるすべての要因によってもたらされるディスアビリティ全体の一部にすぎない。特定の主観的な目標を達成するかぎりでの「遂行能力」とこれを障害・減退させるかぎりでの「疾患」にだけ、範囲が基本的に限定されている。しかし、常識的な直観に依拠すれば、「健康」とはそもそも日常生活の活動全体を一般的に支える条件であって、この背景の中から個々人が意味づけた特定の活動が重要なものとして浮かび上がるのではなかろうか。

(2) ディスアビリティとは対照的にイルネスとサファリングにはまったく重要な位置が与えられていない。これは「行為」の視点にもとづく限界といえる。既述のように病気が一つの複合的な相互連関であるとするれば、これは主観主義としても片手落ちであろう。

(3) 「活動 activity (一連の行為)」はおもに個々人が設定する目標のヒエラルヒーの観点からみられているが、生活における活動の構造としてまでは把握されていない。大人の生活構造が一般的に設定されないと、個々人を比較する規準がなくなる。ちなみに、QOLの概念と評価にともなう困難の大半は、規準としての生活の構造把握が欠けていることに由来するのではなかろうか。

(4) 「幸福」は志向的な感情一般として規定され、個人の内部に限定されている。既述のようにウェルネスにも何らかのレベルの違いをみるべきだとすれば、この見方は平面的であり、ウェルネスの構造論がない。また、冒頭で言及したように、現代化の進行の中で「瞬間的な確かさだけを抛り所に生きる人々」が増えている状況を考慮するならば、特定の人生の目的 ends の専制を嫌う「個人主義」(15)に立つからといって、人生の目的と意味をめぐる形而上学的な論議の場まで否定することはないであろう。

## 5. 生のウェルネスの規準と構造

最初に、ウェルネスの規準から再考してみよう。先に問題提起したように、ウェルネス

にも規準が前提されるという場合、その「存在」をどのように把握したらよいのか。それは統計的なもの、主観的なもの、客観的なもの、文化相対的なもの、等々の内のいずれであろうか。私見では、規準は風土的・歴史的条件の中で慣習的・習慣的に生きられており、そのかぎりにおいて客観的であって、これを背景にして個々人の特異性と集団の標準が成り立っている。ウェルネスの客観的な規準はすでに集団的には「慣習」として個々人に先立って予め存在している。先行する慣習の中に私たちは生まれ、前の世代からそれを受け継ぎ、次の世代に受け渡していく。私たちが創造的に個性を発揮するとは、慣習の「変容」ないしは「変奏」ということにほかならない(16)。そうした慣習的な規準を知るやり方としては、一つには観察・調査・分析・統計の方法もあるが、そのほかには質的・直観的・解釈的な方法もあろう。

つぎに、ウェルネスの構造について考えてみたい。ウェルネスという状態で表出されるのは人 person の「生 life」である。この言葉はたしかに多義的であるが、通常では、生命、生活、人生の三つに区別されることが多い。ウェルネスにも三層あるいは三レベルの構造をみるのはあながち無理ではなかろう。慣習的な規準という視点にたてば、常識的な直観にもそれなりの根拠があると考えべきであるし、ノルデンフェルトの理論でも類似の枠組み(疾患⇔遂行能力=目標⇔幸福)がみられる。問題はむしろ、構造のそれぞれの要素を確定しつつ、これらの相互連関を理論化することである。そこで以下のように考えたい。生の各レベルについては、

「生命」とは生物個体としての人の生のレベル、

「生活」とは人間的な活動全体としての人の生のレベル、

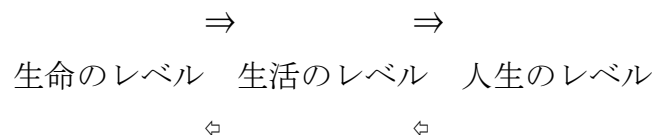
「人生」とは究極的に意味づけられた人の生のレベル、

というように定義できる。また、各レベルの相互連関については、

(a) 下位のレベルは上位のレベルを「条件づける⇒」(可能性一般を支える)、

(b) 上位のレベルは下位のレベルを「価値づける⇐」(順位を基に選別する)、

という双方の方向づけが成り立つ。



図のような相互連関においては「生活のレベル」が中心に位置する。「生命のレベル」が一般的な支えとなって「生活のレベル」での人間的な活動が成り立ち、個々の活動の積み重ねを通じて「人生のレベル」での人生の意味づけと幸福が一般的に成り立つ。逆に、「人生のレベル」での生の究極的な意味づけ方の違いが、「生活のレベル」における特定の活動

を中心とした秩序（優先順序）をもたらし、この秩序に応じて「生命のレベル」に価値の重要度の違いがもたらされる（例えば、ピアニストにとっての小指のもつ重要度、わが子を火災現場から救出しようとする親にとっての生命の価値）。

このような相互連関と比較されるならば、WHO の定義やホーリスティックな健康観はいかに無差別で曖昧であるか、また、ノルデンフェルトの全体的な枠組みはどんなに一方向的に偏っているかが判然としてこよう。さて、上述の規準と構造を結びつけるならば、生の三つのレベルそれぞれに固有の規準が存在することになる。規準の内容を把握することは困難な仕事であろうが、そのための足がかりを確保して今後の課題を明確にしておきたい。

#### 4.1 生命のレベルの規準

既述のように、「完全さ」「十全さ」という語源をもつ「健康」がこの規準である。「健康」という規準にしたがってウェルネス（元気、健やか）とイルネス（病気、病い）の違いが生じる。もっとも、「健康」という言葉は通常、規準（完全さ）の意味と規準を満たした状態（元気）の意味とが区別されることなく用いられている。事情は「天気」「景気」「評価」などと同様であるとはいえ、概念としては区別する必要がある。規準としての「健康」について、ここでは「環境への生物の適応の相応しさ」という視点からとりくんだ G. カンギレーム(17)に足がかりを求めておきたい。

カンギレームによれば、生物は環境とのかかわりの中で正負のダイナミックな関心・価値づけ（原始的には接近／逃亡）をもって生きている。これを発展させることで、どの生物種も環境に対する適応の相応しさ（十全さ）としての固有の規準 norm を備えるようになる。これが「生物的な規準性 biological normativity」である。こうした種特有の適応規準にもとづいて初めて正常 normal／異常 abnormal の区別が生じる。自然＝生理 physiological 状態はもともと規準に沿うかたち正常であるが、規準から外れることで異常になる。

人類もまた、生物種の一つとして、進化の中で一定の環境に対する適応の安定水準（いわば定数）に達しており、そのうえで特殊な風土の違いや歴史の違いをとおしてそれを変容・限定させてきた。こうして変容された規準が個々人の生理的状态＝自然状態の背景をなしている。それゆえ、環境への適応の規準は個々人において違いがみられるが、その違いも一定の範囲の内にある。

「完全さ・十全さ」としての規準を満たしているかぎり正常な状態であり、そうでなければ異常な状態、つまり「病的な」状態である。苦痛や無力感などの不十全感という異常

をもたらす要因 *malady* によって正常な状態は「病的な」状態になる。これは環境との関係全体の変調であり、環境の不確定さを許容する幅（許容度・自由度）の低下である。病人は与えられた条件の中で環境に適応しようとして、低い水準なりの「完全さ」を設定しようとする。反対に、定数的な規準の水準をこえて、環境に対する許容度・自由度のより高い水準の「完全さ」を創出できるとすれば、その人は「より健康 *healthier*」なのである。

カンギレームの理論は、「生命レベル」の規準を析出しようとする健康科学の仕事の出発点になるものと考えられる。ただし、彼の言葉づかいでは、規準とは「完全さ・十全さ」であって「健康」とは言われていないが、語源を考慮するならば規準を「健康」と称することに問題はないはずである。なお、「健康」にも「完全さ」の水準の幅や高低が語られることに注意しておきたい。

#### 4.2 生活のレベルの規準

この規準に対しては「人間らしさ *humanity*」という表現が適切であろう。「豊かさ」という言葉もあるが、仮にこれを用いるとすれば、規準を満たした状態としての「人間としての豊かさ」の意味である。規準としての「人間らしさ」をいかに把握するのか。これは人間学の課題であるが、ここではノルデンフェルトの「遂行能力」論とのつながりを考慮して、経済学・政治哲学の分野における A. センのアプローチ（18）を検討してみよう（詳しくは別の論文で論じたい）。

この限定された分野では、従来、快や充足感の最大化を規準にする功利主義（広くいえばウェルフェア主義）の立場が論議をリードしてきた。これに対して、充足感ではなく具体的な指標として物財 *commodities* の富裕さ *opulence* をもちいる立場が主張されたり、また、近年では、個々人の思い描く良き人生を実現するための自由や機会、手段、あるいは資源の公平な配分を優先させる反-功利主義（ロールズ主義はこの一つである）が打ち出されたりしてきた。こうした理論状況の中で、センは「働き合いの可能性 *capability*」というアプローチを提唱したのである。これは、満足感の最大化でも、条件（機会、手段、資源）の公平な分配でも、便宜の所有でもなく、前者を伴いかつ後二者によって支えられるような「働き合い *functioning*、すなわち、一まとまりの行為や状態 *a combination of doings/acts and beings/states*」と、その多様な選択肢からなる集合である「働き合いの可能性 *capabilities*」とに焦点を合わせたものである（19）。

例えば、食料があることやそれを摂取することと、個々人の栄養状態が実現されていることとは異なる。後者のためにはその個人にふさわしいさまざまな配慮（働き合い）が不可欠なのである。既述のウェルビーイングの分析を考慮するならば、センの「働き合い」

という視点は、経済学・政治哲学の分野での理論的な前進であるとともに、「人間らしさ」への適切なアプローチの一つであると評価できるだろう。「人間らしさ」とはたんなるウェルな感情、手段の公平な分配、たんなる富裕さに尽きるものではなく、様々な次元の働き合いから構成されるからである。しかし、私の視点とこれまでの文脈から二つの問題点を指摘したい。

(1) ウェルネスのとらえ方が狭い。たしかに、ウェルネスを全てと考えるウェルフェア主義への批判は重要であり、ウェルネスを一部として含む全体（自由も目標実現も）として「働き合いの可能性」が提示されてはいる。しかし、そのウェルネスの内容は個人の心理的な状態を中心にしたウェルフェア主義的なものと変わらない。規準としての「人間らしさ」の実現であるウェルネスには、狭い意味でのウェルネスをはみ出すもの（遠い外国の見知らぬ政治犯の釈放への支援）や、それとは対立するもの（苦しんでいる人への共感）も含まれる（センは区別しているが）。ましてや、不幸の形而上学的な意味づけや宗教的な苦行などの理論的な余地がない。

(2) このアプローチは一般論に踏みとどまっていて、実質的な生活の構造理論にまで進んでいない。なるほど、センの言うように、アリストテレスやマルクスなどの多様な理論を包摂できる枠組みは必要だし、他のアプローチを否定する力 cutting power の重要性も理解できる。また、形而上学的な根拠へのコンセンサスに懐疑的になる気持ちも分かるし、相対主義を唱える方がスマートであり、楽ですらある。にもかかわらず、規準が慣習として客観的に存在し、私たちにできることはその「変容」にすぎないという考えに立てば、特殊であることを弁えた実質的な理論へと一歩進む必要があるのではなかろうか。

「人間らしい生活」の中身を具体化するためには、人間存在の本質についての直観にもとづき、これまでの慣習と変化しつつある現実をふまえ、望ましい未来をみすえながら、経済学だけでなく諸科学を総合した人間学としてとりくむことが不可欠であるように思う（20）。大人の生活の規準が設定されないと、そもそも QOL の概念を定めつつ評価することはできないのではないか。

#### 4.3 人生のレベルの規準

この規準は「人生の目的 ends」である。「目的」とはたんなる相対的・中間的な「目標 goals」と違って、人生における活動全体を価値的に秩序づけ、生活の個々の活動を意味づけるような最終的な目標を意味している。人生の目的の設定に関しては、三つの基本的な目的観（この今の充実／作品としての人生の完成／大いなる営みの継承）の内からどれを選択するか、あるいは、三者をいかに統合するかということが核心的な問題である。これ

を解決するためには、自分の「存在の意味」について考察する形而上学とこれに基づく特定の見通しを必要とする。詳細は別に譲るとして（21）、要するに、「存在」が＜自分の力を超えるものごとの働き合い＞に支えられて成り立っていることの洞察が決定的に重要であろう。こうした「存在」の意味づけをとおして特定の「人生の目的」が立てられ、この「目的」によって方向づけられることで、生活における個々の活動が秩序づけられるのである。「目的」に適っているとき人生全体は「幸福」（心安らかさ）となり、そうでないとき「不幸」となるが、このレベルでの「幸福」あるいは「不幸」（ウェルネスあるいはイルネス）は生活レベルでの質とは異なる。ともかく、ここであえて未熟な見解の一端を開陳したのは、現代の文化状況を考慮するかぎり、内省的にも他者との間においても形而上学的な論議の場を設定することの重要性を指摘するためである。独断論と懐疑論の隘路を切り開いて「目的」を立てなければ、生のウェルネスの全体を描くことはできないのである。

## 6. まとめにかえて

冒頭で引用した反論とこれに対する諦めの溜息は、同様に、WHO の定義への批判に際しても起こることだろう。私がこの論文で試みたのは、「健康」概念をめぐる理論的な現状を一步でも超えるために、生のウェルネスを三つのレベルの相互連関の構造で把握し、そのうちの「生命」のレベルの「規準」として「健康」を定位することであった。健康は本質的には生命のレベルの規準であるが、この規準を満足させた状態を指すことも転義としては許されるし、また、生命のレベルは「生活」や「人生」のレベルと無関係ではありえない。ここから健康概念の複雑な意味合いが生じるのである。一般的に、生命のレベルの状態のよしあし（元気か病気か）が生活のレベルのウェルネスを可能したり不可能にしたりするし、さらに、これらのよしあしが集まって人生のレベルのよしあしを成り立たせる。逆に、何をもって生活のウェルネスとみなすかは、人生の意味や目的をいかに考えるかということによって方向づけられ、このように価値的に限定された生活のウェルネスが何を生命のウェルネスとみるかという範囲を限定するのである。以上の枠組みをふまえて、健康理論の洗練化と QOL の理論化を今後の課題としたい。

## 注

- （1）ウルフ／アンドゥル・ペデルセン／ローゼンベルク『人間と医学』（梶田昭訳、博品

社、1997)、p. 101。

(2) これについては次の拙論で論じたことがある。森下直貴「死を論じ合う『方法』について」、『神奈川大学評論』18(1994):60-68; 同「『脳死移植』と『社会的合意』の条件」、『医学哲学 医学倫理』12(1994):48-61。

(3) 数少ない例外の一つが、清水哲郎『医療現場に臨む哲学』(勁草書房、1997)である。また、「健康」の積極的な理論を展開するための方法論的な問題点を論じたものに、服部健司「根本的価値概念としての健康」、『医学哲学 医学倫理』No. 16(1998)、印刷中がある。別に、医療倫理の方法論に関しては次の拙論がある。森下直貴「医療実践と哲学的考察とを媒介するもの」、『生命倫理』vol. 6:1(1996):84-88。

(4) 次の論文にバイオメディカルな形態のパラダイムが要約されている。C. Boorse, “Health as a Theoretical Concept”, *Philosophy of Science*, 44(1977), pp. 542-573, and “On the Distinction Between Disease and Illness”, *Philosophy and Public Affairs* 5(Fall 1975):49-68.

(5) 次の論文に批判の一つのタイプがみられる。H. T. Engelhardt, Jr., “Concept of Health and Disease”, in *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, ed. by Engelhardt, Jr. and S. Spicker (D. Reidel Publishing Company, 1975), pp. 125-141. 伊藤幸郎氏訳で次の本に収められている。『新しい医療観を求めて』、石渡隆司他編訳(時空出版、1992)、pp. 26-52。

(6) L. Nordenfelt, “On Medicine and Other Species of Health Enhancement”, in *The Goals and Limits of Medicine*, eds. by L. Nordenfelt & Per-Anders Tengland (Aimqvist & Wiksell International, 1996), pp. 33-51.

(7) 次の文献を参考にした。マルセル・サンドライユ『病の文化史(上・下)』、中川米造・村上陽一郎共監訳、リブロポート、1984。

(8) 石渡隆司「健全と健康の間—概念史的序論」、『講座・人間と医療を考える①哲学と医療』、中川米造責任編集(弘文堂、1992)、pp. 138-162。同「正常と病理の間—医学哲学的試論」、『セミナー医療と社会』創刊号(1992):3-8。

(9) 例えば、園田恭一・川田智恵子編『健康観の転換』(東京大学出版会、1995)。

(10) W. T. Reich eds., *Encyclopedia of Bioethics* (2nd., Macmillan, 1995), vol. 2, p. 1091.

(11) これについては次の拙論で簡略にまとめた。森下直貴「病気と健康の概念—医学哲学の一断面」、『現代社会と相対主義』(青木書店、1997)、pp. 241-257。

(12) L. Nordenfelt, *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach*. *Philosophy and Medicine* 26, Kluwer Academic Publishers 1995. 目下、医学哲学研究会より翻訳準備

中。

(13) 例えば、The Journal of Medicine and Philosophy 20(1995) ; L. Nordenfelt ed., Concepts and Measurement of Quality of Life In Health Care (kluwer Academic Publishers, 1995) など。

(14) 前掲拙論 (11) でも簡単に検討している。

(15) 私とのパーソナルインタビュー (1997. 9) では「主観主義者」というよりも「個人主義者」の方が自分には相応しいとのことであった。

(16) なお、私の立場はヒューム主義ではない。規準は連想と想像力の虚構ではない。また、清水前掲書では、「公共的な基準」は文化相対的であるが故に、個々人への独自の配慮が必要であるとしている (p. 38) が、結論はともかく規準の理解が私とは異なる。

(17) Georges Canguilhem, Le normal et le pathologique. P.U.F., 1966. なお、本書の中でも重要な第一論文は 1943 年に書かれた。日本語訳としては、滝沢武久訳『正常と病理』、法政大学出版局、1987。本書については前掲拙論 (11) でもまとめている。

(18) A. Sen, “Capability and Well-being”, in The Quality of Life (eds. by Martha C. Nussbaum & A. Sen, Oxford UP., 1992), pp. 30-53.

(19) 「働き合い」と訳したが、これは行為や状態が社会関係を場にし、さらに個人の意図を超えたその他の働きを背景に成り立つことを考慮したからである。「状態」も本人や他人の、さらに偶然の働きを前提にしている。そうした点が了解できているならば、「生活する」と訳してもよいかもしれない。

(20) 生活構造論について私なりの着想はあるが、いまだ提出する段階にまで成熟していない。さしあたり、一例として、「豊かさ」を指標化した『平成 10 年度版・新国民生活指標』（経済企画庁）を検討し、ヘルスケア分野での既存の QOL 指標と比較することが必要であろう。

(21) 森下直貴「倫理と宗教の根源についての考察—規範・目的・形而上学」、『中部哲学会年報』No. 30(1997): 89-104。